



Seguro de salud completo para niños de Tennessee.

www.CoverTN.gov or 1-866-620-8864

Elegibilidad

- Niños menores y de 18 años
- Ingreso familiar hasta 250% del Nivel de Pobreza Federal (FPL por sus siglas en inglés)
 - Compra disponible para niños en hogares sobre el 250% de FPL
- Ciudadano estadounidense o extranjeros legales calificados
- Residentes de Tennessee
- “Sin cobertura” (sin cobertura de salud): 3 meses
 - No aplica a recién nacidos hasta 4 meses de edad (si el recién nacido no estuvo previamente inscrito en un plan de seguro, los 3 meses de “sin cobertura” es no aplicable)
 - No aplica para niños moviéndose de TennCare a CoverKids o de otro programa SCHIP, quienes reúnen los criterios de elegibilidad
- Cobertura de maternidad puede ser disponible para mujeres embarazadas en o menos de 250% de FPL, quienes reúnan otros criterios de elegibilidad
- Primero es investigada la elegibilidad para TennCare o el acceso a otro seguro de salud patrocinado por el estado
- No debe estar en otro seguro

Beneficios

- Cobertura de salud completa, incluyendo visión
- Beneficio dental llega pronto para los niños
- Énfasis en el bienestar y prevención

Costos

- Para familias menos de 250% de FPL, no hay primas
- Para familias arriba de 250% de FPL, cobertura disponible con prima mensual completa
- Co-pago varía de acuerdo al ingreso

Personas en Unidad Familiar	FPL hasta 150% FPL	entre 150% y 250% FPL
1	\$10,400 - \$15,600	\$15,601 - \$26,000
2	\$14,000 - \$21,000	\$21,001 - \$35,000
3	\$17,600 - \$26,400	\$26,401 - \$44,000
4	\$21,200 - \$31,800	\$31,801 - \$53,000
5	\$24,800 - \$37,200	\$37,201 - \$62,000
6	\$28,400 - \$42,600	\$42,601 - \$71,000
7	\$32,000 - \$48,000	\$48,001 - \$80,000
8	\$35,600 - \$53,400	\$53,401 - \$89,000

FPL 2008 Efectivo 3/1/08

Beneficio	Ingreso Familiar a o bajo 150% de FPL	Ingreso Familiar entre 150-250% de FPL
Deducible anual	Ninguno	Ninguno
Condición requerida preexistente	Ninguno	Ninguno
Visita consultorio médico	\$5 co-pago PCP o especialista	\$15 co-pago PCP; \$20 co-pago especialista
Cuidado hospitalario	\$5 por admisión (no pago si es readmitido dentro de 48 horas por el mismo caso)	\$100 por admisión (no pago si es readmitido dentro de 48 horas por el mismo caso)
Prescripción de medicina Co-seguro/co-pago	\$1 genérica; \$3 marca preferida; \$5 marca no preferida	\$5 genérica; \$20 marca preferida; \$40 marca no preferida
Maternidad	\$5 co-pago OB o especialista, solamente primera visita; \$5 admisión hospitalaria	\$15 co-pago OB, solamente primera visita; \$20 co-pago especialista; \$100 por admisión hospitalaria
Evaluación de salud de rutina e inmunización - niños	No co-pagos por servicios suministrado bajo la norma de la Academia Americana	No co-pagos por servicios suministrado bajo la norma de la Academia Americana
Sala de emergencia	\$5 co-pago por uso en caso de una emergencia (no pago si es hospitalizado); \$10 co-pago por uso de no emergencia	\$50 co-pago por uso (no pago si es ingresado)
Cuidado quiropráctico	\$5 co-pago; no cubre visitas mantenidas cuando no hay progreso adicional aparente o esperado	\$15 co-pago; no cubre visitas mantenidas cuando no hay progreso adicional aparente o esperado
Servicio de ambulancia- aire y tierra	No co-pago 100% de cargos razonables cuando se cree médicamente necesario por el administrador de quejas	No co-pago 100% de cargos razonables cuando se cree médicamente necesario por el administrador de quejas
Laboratorio y rayos X	No co-pago 100% beneficio	No co-pago 100% beneficio
Terapia física, del habla y ocupacional	\$5 co-pago por visita; Limitado hasta 52 visitas por año por condición	\$15 co-pago por visita; Limitado hasta 52 visitas por año por condición
Hospitalización por Salud Mental (preautorización requerida)	\$5 co-pago admisión; Limitado hasta 30 días por año	\$100 co-pago por admisión; Limitado hasta 30 días por año
Hospitalización por abuso de sustancias (preautorización requerida)	\$5 co-pago por admisión; Limitado hasta dos estadías de desintoxicación de 5 días por tiempo de vida; más una de 28 días de estadía por tiempo de vida	\$100 co-pago por admisión; Limitado hasta dos estadías de desintoxicación de 5 días por tiempo de vida; más una de 28 días de estadía por tiempo de vida
Salud mental/paciente por abuso de sustancias (preautorización requerida)	\$5 co-pago por sesión; Limitado hasta 52 sesiones de salud mental y abuso de sustancias combinadas	\$20 co-pago por sesión; Limitado hasta 52 sesiones de salud mental y abuso de sustancias combinadas
Cuidado de visión	<u>Servicios preventivos (examen anual y prueba de glaucoma)- No copago</u> <u>\$5 co-pago-prescripción de lentes y aros o lentes de contacto</u>	<u>Servicios preventivos (examen anual y prueba de glaucoma)- No copago</u> <u>\$15 co-pago-prescripción de lentes y aros o lentes de contacto</u>
El máximo que usted debe pagar de su bolsillo	5% de ingreso familiar	5% de ingreso familiar